

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1917

THÈSE

No

POUR LE

DIPLOME UNIVERSITAIRE

PAR

PRELLA Pierre

Né à Scutari d'Albanie, le 4 Mai 1883.

LES

DOULEURS AORTIQUES

ET LE TRAITEMENT SPÉCIFIQUE

DANS LES AFFECTIONS DE L'AORTE THORACIQUE

Le Président : M. Ch. ACHARD, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

9 ET 10, RUE CASIMIR-DELAVIGNE

1917

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1917

THÈSE

N°

POUR LE

DIPLOME UNIVERSITAIRE

PAR

PRELLA Pierre

Né à Scutari d'Albanie, le 4 Mai 1883.

LES

DOULEURS AORTIQUES

ET LE TRAITEMENT SPÉCIFIQUE

DANS LES AFFECTIONS DE L'AORTE THORACIQUE

Le Président : M. Ch. ACHARD, Professeur.

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
9 ET 10, RUE CASIMIR-DELAVIGNE

—
1917



Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

PROFESSEURS. MM.

Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHT
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	TEISSIER
Anatomie pathologique.	LEJARS
Histologie.	LETULLE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	AUGUSTE BROCA
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	P.
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	N.
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale.	N.
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.	N.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE DELBET
	QUENU
Clinique chirurgicale.	HARTMANN
	N.
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements.	BAR
	COUVELAIRE
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance.	MARFAN.

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBE (HENRI)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICART
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MES PARENTS

A MON ONCLE

MONSEIGNEUR GIOVANNI BUCHIATI

A MON COUSIN

DON NICOLAS ASHTA

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD

Chevalier de la Légion d'Honneur,
Membre de l'Académie de Médecine,
Médecin de l'Hôpital Necker.

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE MONTPELLIER

M. le Professeur CARRIEU.

M. le Professeur RAUZIER.

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. le Professeur DELBET.

M. le Docteur ROUTIER.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JOSUÉ

Médecin de l'Hôpital de la Pitié.

*Qui nous a permis de recueillir des
observations dans son beau service de
la Pitié.*

*Nous remercions aussi M. Maurice
Parturier, interne du service, qui nous
a facilité notre tâche en voulant bien
se charger de revoir et d'améliorer
notre travail.*

INTRODUCTION

C'est actuellement une notion courante de chercher la syphilis dans tous les cas d'aortite, d'angine de poitrine et d'anévrisme.

Nous étudierons dans ce modeste travail le caractère de *la douleur chez les aortiques*. Nous appuyant sur les observations de nos maîtres, et sur celles que nous avons pu recueillir nous-même dans le service de M. le Docteur Josué à l'hôpital de la Pitié, nous montrerons l'action favorable du *traitement spécifique* sur ces douleurs.

Nous chercherons quelle peut être la valeur de la réaction de Wassermann et l'appoint qu'elle nous apporte pour légitimer l'institution d'un traitement anti-syphilitique.

Nous discuterons enfin la thérapeutique qu'il convient d'instituer contre les phénomènes douloureux des aortiques.

On nous excusera de ne pas recommencer après tant d'autres l'historique de cette question depuis l'époque où Fernel (1544) affirma le premier « que le virus vénérien forme des anévrysmes dans les artères ».

On trouve en effet dans la thèse de M. Deguy (1) sur « le cœur et l'aorte des syphilitiques » (1900) et dans celle plus récente de Bricout (2) (1912) un exposé minutieux et une bibliographie très complète de tous les travaux qui ont paru sur les affections syphilitiques de l'aorte.

En 1908 l'application par Wassermann de la réaction de Bordet et Gengou au séro-diagnostic de la syphilis comme aussi l'introduction en thérapeutique du Salvarsan, ont donné un regain de nouveauté à la question.

Les travaux se multiplient. Citron (3), Danielopolu (4), Laubry et Parvu (5), Oigaard (6), Krefting (7), Delsouiller (8), Gilbert et Brin (9), Gaucher et Brin (10), Moricand (11) étudient la réaction de Wassermann dans les affections cardio-vasculaires.

(1) M. Deguy. — Le cœur et l'aorte des syphilitiques (*Thèse de Paris*, 1900. Baillière et fils).

(2) Bricout (Camille). — Syphilis du cœur. Etude particulière de l'insuffisance aortique syphilitique, des formes arythmiques et curables (*Thèse de Paris*, 1912. Alfred Leclerc).

(3) Citron. — Syphilis et insuffisance aortique (*Berl. Klin. Woch.*, nov. 1908).

(4) Danielopolu. — Séro-réaction de la syphilis dans les affections de l'aorte et des artères (*Soc. Biol.*, 17 mai 1908).

(5) Laubry et Parvu. — La réaction de Wassermann au cours de quelques affections cardio-vasculaires (*Soc. Biol.*, 3 juillet 1909).

(6) Oigaard. — Réaction de Wassermann dans les maladies du cœur et des vaisseaux (*Arch. des mal. du cœur, des vaiss. et du sang*, août 1910, p. 478-483).

(7) Krefting (R.). — La signification clinique de la réaction de Wassermann (*Paris Médical*, 27 avril 1912, n° 22, p. 523).

(8) Delsouiller (A.). — De la syphilis dans ses rapports avec les anévrysmes de l'aorte et de l'intérêt que présente la réaction de Wassermann au cours de ces anévrysmes (*Thèse de Paris*, 1911-12. Jouve).

(9) Gilbert et Brin. — Réaction de Wassermann et lésions de l'aorte (*Paris Médical*, 25 oct. 1913, n° 47, p. 461).

(10) Gaucher et Brin. — L'aortite chronique de la syphilis acquise (*Annales des mal. vénér.*, n° 2, 1914).

(11) Moricand (Ivan). — Contribution à l'étude de la réaction de Wassermann chez les aortiques (*Thèse de Paris* 1914, Baillière et fils).

De nombreuses recherches thérapeutiques paraissent à partir de 1910. Hirtz et Braun (1), Decloux et Gauduchau (2), Vaquez et Laubry (3), Piatot (4), montrent le parti que l'on peut tirer pour le traitement des affections de l'aorte des notions nouvelles sur la thérapeutique anti-syphilitique.

L'emploi méthodique de l'orthoradioscopie permet enfin de contrôler et de préciser le diagnostic clinique comme aussi d'observer l'action thérapeutique, grâce aux travaux de Vaquez et Laubry (5), Vaquez et Bordet (6), Barjon (7).

Il résulte de cet ensemble de travaux que la maladie de Hogdson, l'aortite chronique, l'anévrisme de l'aorte, doivent être considérés presque toujours, pour ne pas dire toujours, comme *d'origine syphilitique*.

On a signalé, il est vrai, des cas peu nombreux d'ailleurs d'anévrismes d'origine rhumatismale (8). Mais ce

(1) Hirtz et Braun. — Note sur 10 cas d'aortite syphilitique (*Société Med. hôp. de Paris*, 31 mars 1911, p. 363).

(2) Decloux et Gauduchau. — Ectasie aortique et Salvarsan (*Soc. Med. hôp. de Paris*, 3 mai 1912, p. 529).

(3) Vaquez et Laubry. — Sur le traitement spécifique des aortites syphilitiques et des anévrismes de l'aorte (*Soc. Med. hôp. de Paris*, 14 juin 1912, p. 876).

Vaquez et Laubry (*Archives des mal. du cœur, etc.* Septembre 1912, p. 561).

Vaquez et Laubry (*Paris Médical*, 2 nov. 1912, n° 49, p. 527).

(4) Piatot. — Diagnostic étiologique précoce des affections artérielles, rôle capital de la syphilis (*Paris Médical*, 25 mai 1912, n° 26, p. 631).

(5) Vaquez et Laubry (*loc. cit.*).

(6) Vaquez et Bordet. — Radiologie des aortites (*Paris Médical*, juillet 1911).

(7) Barjon. — Diagnostic différentiel des anévrismes de l'aorte et des tumeurs du médiastin (*Paris Médical*, 6 janv. 1912, n° 6, p. 141).

(8) P.-Emile Weill et Ménard. — Anévrisme aortique d'origine rhumatismale (*Soc. Médic. des hôp. de Paris*, 26 avril 1912).

ne sont là que des exceptions de l'aveu même des auteurs qui les ont publiés.

Il en est des aortites comme du tabès et de la paralysie générale. Vulpian (1) avait déjà fait remarquer en 1879 la fréquence des lésions aortiques dans l'ataxie locomotrice. Babinski a pu dire en 1901 que la coexistence d'une insuffisance aortique, de lymphocytose rachidienne, de signe d'Argyll (*syndrome de Babinski*), suffisait à affirmer la nature syphilitique de l'affection (2).

Au cours des pages qui vont suivre, on nous saura gré de procéder souvent par citations. Nous avons laissé la parole aux auteurs partout où nous avons pensé ne pas pouvoir aussi bien dire. Et nous écrirons avec Haller (dans la préface de ses œuvres) : *Citavi plurimos auctorum locos plerumque ut suus cuique constaret honor*...

(1) Vulpian. — Leçons sur le système nerveux, 1879.

(2) Vaquez. — Syndrome de Babinski (*Soc. Médic. hôp. Paris*, 7 février 1902).

LES DOULEURS AORTIQUES

Tout organe lésé devient douloureux. C'est une loi générale à laquelle ne saurait échapper l'aorte.

L'*angoisse* même qui accompagne les douleurs aortiques se retrouve pour tout organe qui siège dans le domaine du grand sympathique. « La douleur aortique, dit Josué, possède ce caractère au plus haut degré, mais il ne lui est pas spécial » et il cite à ce propos l'« *angoisse vésicale* » de Guyon.

Néanmoins l'aorte malade, si elle présente de façon presque constante une certaine sensibilité douloureuse, n'est véritablement douloureuse que par accès à l'occasion d'émotions, d'efforts.

« L'aorte malade, écrit Josué dans son traité magistral de l'artério-sclérose (1), est indolore dans les conditions habituelles; mais elle devient douloureuse sous l'influence des agents qui élèvent la pression. A ce moment un travail plus considérable est demandé à l'artère, son élasticité est mise en jeu d'une façon plus marquée, la distension aortique est plus grande à chaque systole ventriculaire. C'est à ce moment aussi, et sous cette influence, que la sensibilité douloureuse

(1) Josué. — *Traité de l'artériosclérose*, Paris 1909. Baillière et fils, p. 255.

spéciale de l'aorte malade est éveillée. En cela encore, l'aorte ne diffère pas des autres viscères. Les douleurs gastriques, par exemple, ne sont-elles pas déterminées par le contact des aliments et le fonctionnement de l'estomac? »

Ainsi la douleur latente de l'aorte peut être réveillée sous certaines influences. Aussi Peter (1) préconisait-il *l'exploration méthodique de la sensibilité aortique*. Voici comment il conseillait de la chercher : on presse du bout du doigt, et avec une force modérée, au niveau de l'aorte, au deuxième espace intercostal gauche, tout près du sternum et sous le sternum même à cette hauteur. Si l'aorte est malade on provoque ainsi de la douleur.

Cette pratique nous paraît peu recommandable. On conçoit le danger qu'elle peut présenter en cas d'anévrysme. Dans les cas d'aortite, si la pression est trop forte ou si la sensibilité aortique est extrême on peut déterminer une attaque d'angine de poitrine, comme la chose est arrivée à Peter lui-même.

Les *manifestations douloureuses* des aortiques se présentent avec des degrés très divers. Il faut faire la part d'ailleurs, pour un phénomène qui n'est connu du médecin que par l'analyse qui en est faite par le malade, de la sensibilité nerveuse particulière à chaque individu.

Ce n'est souvent qu'une sensation *d'oppression* ou de

(1) Peter. — Exploration de la sensibilité locale des régions précordiales et préaortiques dans les maladies du cœur (*France Médicale*, 1881).

pesanteur. Il semble au malade qu'il a sur le cœur « comme un poids qui l'étouffe ».

D'autres fois c'est une véritable *douleur rétrosternale* avec cette sensation particulière de *constriction* qui atteindra son maximum dans l'angine de poitrine. Ces douleurs ne sont pas continues et ne surviennent qu'à l'occasion de certains efforts.

Dans d'autres cas ces douleurs sont continues donnant la sensation de brûlures, de picotements, de piqures d'aiguilles. Parfois elles affectent la sensation d'une boule qui remonte à la gorge et donnent au malade la sensation « d'avoir la gorge serrée » (Bucquoy) (1).

La douleur aortique présente enfin des *irradiations*. Elle peut irradier vers *le cou*, dans les carotides, vers les bras, surtout vers *le bras gauche, dans le dos*, le long de *la colonne vertébrale*. On a même pu la voir « se propager dans *la région épigastrique* où elle peut se présenter sous forme d'accès qui ont pu faire croire à l'existence de coliques hépatiques » (Bureau) (2).

M. Josué (3) a décrit avec sobriété et précision le caractère des douleurs aortiques *chez les artérioscléreux*.

« Les artérioscléreux se plaignent souvent de phénomènes douloureux *qui ne sont pas de l'angine de poitrine*, mais qui s'en rapprochent par certains caractères.

(1) Bucquoy. — Clinique sur l'aortite (*J. de Médéc. et de Chirurgie*, 1882).

(2) Bureau (Maurice). — Etude sur les aortites (*Thèse de Paris* 1893, p. 62).

(3) Josué (*loc. cit.*, p. 242).

Les malades éprouvent des sensations douloureuses en arrière du sternum, ou dans le dos le long de la colonne vertébrale. Ces douleurs sont continues ; les malades les comparent à une sensation de brûlure profonde ; elles ont souvent un caractère angoissant particulièrement pénible qui n'est pas sans analogie avec ce qu'on observe dans l'angine de poitrine. Elles irradient parfois de chaque côté du cou, dans les carotides. Les douleurs sont exaspérées, dans certains cas par la position couchée. Le passage du bol alimentaire dans l'œsophage réveille parfois la douleur ; celle-ci est en général plus forte après les repas. Elle est plus intense aussi quand les malades se livrent à un travail pénible ou quand ils font des efforts, notamment pour aller à la selle ».

Telles sont les douleurs qui accompagnent l'aortite chronique. Mais il s'en faut de beaucoup qu'elles soient constantes. Certains cliniciens ont même pu attribuer à l'aortite syphilitique un caractère silencieux et non douloureux. Il est fréquent que la radioscopie révèle une dilatation aortique qui ne s'était manifestée jusque là par aucune douleur.

Il est des cas d'anévrysmes volumineux ayant évolué silencieusement. Il n'en est pas moins vrai que *la douleur est un symptôme capital pour le diagnostic des anévrysmes*. Huchard (1) a remarquablement insisté sur les caractères et l'importance cliniques des douleurs anévrysmatiques :

« La douleur, si on sait bien l'analyser, est un symp-

(1) H. Huchard. — Caractères cliniques des douleurs anévrysmatiques (*Soc. Méd. des hôp. Paris*, 16 févr. 1900, p. 170).

tôme *révéléateur* d'une tumeur anévrysmale, qui pendant de longs mois peut ne se révéler que par ce seul signe...

« Le siège de ces douleurs est extrêmement variable sans doute; on peut croire pendant de longs mois à un simple rhumatisme de l'épaule, à une névralgie intercostale rebelle, à une névralgie thoraco-brachiale ».

« La douleur est souvent gravative ou contusive, rarement elle est franchement lancinante comme dans les névralgies simples; presque toujours fixe dans le même endroit elle est continue et peu paroxystique....

« Lorsqu'on est en présence d'accidents douloureux remarquables par leur opiniâtreté, leur longue durée, leur intensité, quand ils demeurent inexpliqués, lorsqu'ils ont résisté à toutes les médications habituelles, enfin quand ils présentent des caractères insolites (comme leur fixité dans un endroit déterminé, la possibilité de leur diminution par certains changements d'attitude des malades) alors il ne s'agit pas de véritables névralgies, comme on le croit trop souvent, on doit voir là *un signe de probabilité* en faveur de l'anévrysmes; et si aucune tumeur n'est encore perceptible, l'épreuve de la radioscopie doit être tentée pour arriver au *signe de certitude*. »

Nous passerons rapidement sur la manifestation douloureuse particulière de *l'angine de poitrine*, où l'accès douloureux constitue à lui seul toute la symptomatologie. On insiste longuement dans tous les traités classiques, sur l'apparition et la disparition brusque de l'accès, sur la sensation de *l'étau* et de la *griffe de fer*, sur le caractère *d'angoisse* horrible, de sensation de la

vie qui s'en va. M. Josué (1) a montré que « la distinction absolue que l'on a voulu établir entre l'angina major et l'angina minor ne répond pas à la réalité des faits. Il ne s'agit pas en réalité de deux entités morbides différentes mais de deux variétés d'un même syndrome, l'une grave, l'autre bénigne. »

Il faut faire remarquer en terminant, que la *médiastinite syphilitique*, la péri-aortite, peuvent donner lieu à des crises douloureuses rétro-sternales plus ou moins vives et à des phénomènes analogues à ceux que nous venons de passer en revue. Nous verrons même que la disparition des phénomènes douloureux aortiques est rattachée par bien des auteurs à l'action remarquable du traitement mercuriel sur la médiastinite et péri-aortite syphilitiques.

C'est là une notion récente qui ne date guère que de 1906 avec les communications de Comby à la Société médicale des Hôpitaux. Elle a été confirmée et précisée par les travaux de Sergent (2), Thiroloix et Miginiac (3), Babonneix et Baron (4), Lian et Baron (5), dont on trouvera l'exposé complet dans l'excellente thèse de Sébillotte (6) (1912).

(1) Josué (*loc. cit.*, p. 249).

(2) Sergent. — *Syphilis et tuberculose*, Paris 1907. Masson.

Sergent. — La médiastinite syphilitique considérée dans ses rapports avec l'anévrysme de l'aorte (*Presse Médicale*, 3 juillet 1912, p. 569-71).

(3) Thiroloix et Miginiac. — Cardiopathie syphilitique (*Soc. Méd. des hôp. Paris*, 10 juin 1910).

(4) Babonneix et Baron. — *Gaz. des Hôp.* 1912, p. 157-159.

(5) Lian et Baron. — Des médiastinites syphilitiques (*Progrès Médical*, 9 et 16 nov. 1912).

Lian et Baron. — Les médiastinites chroniques (*Paris Médical* 1912, n° 51, p. 577-86).

(6) Sébillotte (J.). — Contribution à l'étude des médiastinites chroniques (*Thèse de Paris* 1912-13. Rousset).

L'action du traitement spécifique sur les douleurs aortiques.

Les phénomènes douloureux que nous venons d'étudier s'amendent et disparaissent sous l'influence du traitement spécifique. Tel est le fait que nous avons constaté nous même et dont nous apportons des observations. Il s'appuie d'ailleurs sur de nombreuses observations éparses dans la littérature médicale.

Dès 1877 Rumpf (1) publie un certain nombre d'observations d'angine de poitrine guéries par le traitement mercuriel et ioduré.

En 1886 Vincenzo Vitone (2) publie cette remarquable observation dont voici le résumé :

N..., âgé de 34 ans atteint d'une syphilis qui a débuté il y a quatre ans est pris en avril 1885, d'accès caractérisés par une douleur siégeant dans la région précordiale et le côté gauche de la poitrine ; ils se renouvellent plusieurs fois par jour ; les sensations irradient dans le bras gauche et s'accompagnent d'une gêne respiratoire avec sensation de suffocation. L'examen du cœur donne des résultats absolument négatifs.

Des injections sous-cutanées d'un centigramme de sublimé dissous dans un gramme d'eau distillée furent pratiquées tous les jours. Dès la sixième les accès cessèrent de se produire.

Vitone (3) publie encore un cas d'accès douloureux

(1) Rumpf. — Die syphil. Erkrankh. des nervensystemes. 1877).

(2) Vincenzo Vitone. — Un caso d'angino pectoris per syphilide (*Morgagni*, 1886).

(3) V. Vitone. — Un secondo caso die nervosi cardiaca per syphilide (*la Terapia moderna*, 1886).

qui siégeaient au devant du cœur et se renouvelaient plusieurs fois par jour. Comme les premiers ils ont cessé après des injections de sublimé quotidiennement renouvelées.

Des faits analogues furent relatés par Lancereaux, Teissier, Balzer, Fournier.

Huchard (1) signale 13 cas d'angine de poitrine qui ont été absolument et définitivement guéris par la médication iodurée.

Hallopeau (2) publie en 1887 un mémoire sur l'angine de poitrine syphilitique où il conclue « que les accès peuvent guérir en peu de jours sous l'influence de la médication mercurielle ou iodurée et ne jamais se renouveler. » Il attribue l'action remarquable de l'iodure dans les cas signalés par Huchard à l'origine syphilitique des accidents.

En 1896 Dieulafoy (3) donne sa clinique restée classique sur « *Les lésions syphilitiques de l'aorte* ». C'est à lui que revient sans conteste le mérite d'avoir merveilleusement mis en lumière l'action du traitement spécifique sur les douleurs aortiques. Il faudrait citer cette clinique tout entière.

Nous y trouvons cette observation :

« Il y a une quinzaine d'années, je voyais avec M. Potain, une dame encore jeune, atteinte de crises violentes d'angine de poitrine. Les douleurs étaient venues progressivement depuis quelques semaines et avaient fini par atteindre une

(1) Huchard. — *Soc. Médic. Hôp. de Paris*, 1887, p. 159 et 199.

(2) Hallopeau (H.). — Sur l'angine de poitrine d'origine syphilitique (*Ann. de dermat. et de syphil.*, 25 déc. 1887, n° 12, p. 747-756).

(3) Dieulafoy. — Les lésions syphilitiques de l'aorte (*Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1896-97. Paris, Masson édif. 1898).

vive intensité. Ces douleurs étaient continues, entrecoupées de crises paroxystiques, angoissantes, ayant tous les caractères de l'angor pectoris. L'orifice aortique était sain, l'aorte n'était nullement dilatée; cette femme n'était pas à l'âge de l'athérome et nous ne trouvions chez elle aucune cause d'aortite; le tabagisme, l'hystérie, le tabès ne pouvaient être incriminés. Peut-être pouvait-on se rabattre sur l'arthritisme, la maladie étant de souche goutteuse. Contre ses douleurs presque tous les traitements furent employés sans succès; les pointes de feu, les vésicatoires, les injections de morphine restèrent à peu près sans résultat; la glace en permanence donnait seule quelque soulagement. Sur ces entrefaites apparut une ulcération tertiaire syphilitique de la cuisse droite. Le traitement spécifique, mercure et iodure, fut aussitôt mis en usage; l'ulcération ne fut pas longue à guérir, mais chose remarquable, les douleurs de l'angor pectoris diminuèrent rapidement d'intensité et disparurent complètement.»

Dieulafoy cite plusieurs cas de ce genre, notamment celui d'un gardien de la paix âgé de 45 ans, guéri complètement par le biiodure de mercure de « douleurs cardiaques si angoissantes qu'il ne lui était pas possible de continuer son métier » et il conclue :

« Sous l'influence du traitement mercuriel vous verrez le plus souvent s'amender et disparaître les douleurs vives et angoissantes de l'aortite syphilitique; vous aurez également raison des douleurs névralgiques intercostales, cervico-brachiales qui accompagnent fréquemment le développement de l'anévrisme. » (1)

Il ne pense pas que le traitement puisse agir sur la poche anévrismale ou sur les lésions de la tunique aor-

(1) Dieulafoy. — *Loc. cit.*, p. 128.

lique. Il écrit notamment : « Les lésions confirmées des valvules sigmoïdes et de l'orifice aortique sont des lésions irrémédiables, inaccessibles au traitement spécifique, mais les symptômes douloureux et angoissants dus à l'aortite peuvent être heureusement modifiés par le traitement mercuriel et ioduré; pris à temps ils peuvent même guérir. »

Telles sont aussi les conclusions des auteurs qui ont repris l'étude de cette question (Weintraub (1), Hirtz et Braun, Decloux et Gauduchau, etc.).

Hirtz et Braun (2) écrivent : « Le traitement spécifique paraît le plus indiqué, suivant l'opinion généralement admise à l'heure actuelle; *s'il est incapable de transformer les lésions*, il agit en tout cas sur les phénomènes douloureux *et surtout sur les phénomènes angineux*, comme nous avons pu l'observer nettement après quelques injections mercurielles ».

Même opinion de Decloux et Gauduchau (3) :

« Ce qui paraît le plus net au point de vue de l'action thérapeutique, c'est *la constance de la disparition des phénomènes douloureux* et cela d'une façon très rapide. Les examens cliniques, suivis d'examen radioscopiques et de radiographies, nous ont montré qu'on ne pouvait en aucune façon attribuer à des modifications dans le volume des ectasies les améliorations constatées. Elles ne nous ont paru nullement modifiées. Il semble que ces injections agissent surtout *sur les lésions de péri-*

(1) Weintraub. — Therapie der Gegenwart, oct. 1911.

(2) Hirtz et Braun. — *Loc. cit.*, p. 375.

(3) Decloux et Gauduchau. — *Loc. cit.*, p. 531.

aortite dont relèvent en grande partie ces manifestations névritiques ».

L'opinion de Vaqu  z et Laubry (1) est un peu différente. Dans 27 p. 100 des cas qu'ils ont étudiés, ils ont observé une modification objective contrôlée par l'examen orthodiagraphique. Les résultats les plus heureux concernent les aortites avec simple dilatation. La régression d'un anévrisme n'a jamais été observée.

Ils concluent enfin : « Dans la plupart des cas l'amélioration était notable et surtout prononcée chez les sujets qui avaient des crises d'angine de poitrine. Chez nos malades également, de tous les troubles fonctionnels, *c'est le symptôme douleur qui régressa le plus rapidement* ».

L'accord est donc absolu en ce qui concerne la constance de la sédation des phénomènes douloureux. Il semble bien également que le traitement spécifique calme la douleur en agissant sur la p  riaortite et en supprimant l'action irritative de cette p  riaortite sur les nerfs du plexus cardiaque qui enserre l'aorte.

Aussi souscrivons-nous entièrement à cette opinion de Babonneix et Baron (2) : « Dans l'anévrisme de l'aorte il y a presque toujours un degré plus ou moins marqué de médiastinite spécifique p  rian  vrismale qui est la cause d'une partie des troubles pathologiques imputés à l'ectasie et d  s en réalité à ces lésions sur lesquelles le traitement mercuriel a souvent une action remarquable ».

(1) Vaquez et Laubry. — *Loc. cit.*, p. 585.

(2) Babonneix et Baron. — *Gaz. des Hôp.* 1912, p. 158.

Valeur clinique de la réaction de Wassermann.

Il est souvent malaisé de pouvoir affirmer la syphilis que l'on soupçonne. Tantôt le malade cache une affection que des préjugés sociaux lui ont appris à considérer comme honteuse; tantôt il ignore de la meilleure foi, une syphilis pour laquelle il ne lui souvient pas d'avoir constaté ni chancre, ni roséole.

« La syphilis, écrivait Fournier (1), se présente ignorée chez l'homme dans la proportion de 3 p. 100 et chez la femme dans la proportion de 18 p. 100 ».

C'est au médecin de chercher, quand il soupçonne la syphilis, la cicatrice du chancre, les exostoses, la leucoplasie buccale, les cicatrices de toutes sortes, le syndrome de Babinski-Vaquez, etc.

Il a enfin depuis 1908 une méthode de contrôle biologique de première importance : *la réaction de Wassermann*.

Quand cette réaction est positive, il est hors de doute que la syphilis ne soit en jeu. Tout au plus pourrait-on dire, en ce qui concerne les affections aortiques plus spécialement, qu'un malade peut avoir eu la syphilis et présenter une affection de l'aorte reconnaissant une autre étiologie.

Cette objection mise à part on peut dire avec Donath (2), Oigaard (3), Gilbert et Brin (4) et la totalité

(1) Fournier. — *Traité de la syphilis*, p. 782.

(2) Donath. — Réaction de Wassermann dans les maladies de l'aorte. (*Berl. Klin. Woch.*, 8 nov. 1909).

(3) Oigaard. — De la réaction de Wassermann dans les maladies du cœur et des vaisseaux (*Arch. des mal. du cœur*, etc. Août 1910, p. 478).

(4) Gilbert (A.), et Brin (Louis). — Réaction de Wassermann et lésions de l'aorte (*Paris Médical* n° 47, 25 oct. 1913, p. 461).

des auteurs que l'aortite chronique, la maladie de Hodgson, l'anévrysme de l'aorte sont dans l'immense majorité des cas, pour ne pas dire toujours d'origine syphilitique.

C'est grâce à la réaction de Wassermann que le cadre des affections syphilitiques du cœur s'est élargi jusqu'à prétendre les englober entièrement. Elle a permis en effet d'affirmer la nature syphilitique de telle aortite, chez un malade ne présentant aucun stigmate de syphilis.

Les statistiques publiées ne laissent aucun doute à cet égard.

La réaction de Wassermann a donné aux auteurs dans *les anévrysmes de l'aorte* les résultats suivants :

Danielopolu	2 cas positifs sur	2
Laubry et Parvu	4 — — —	6
Parachivescu	9 — — —	9
Joltrain	4 — — —	5
Oigaard	3 — — —	3
Delsouiller	33 — — —	35
Lederman	23 — — —	29
Lian et Vernes	5 — — —	5
Moricand	7 — — —	9
Gilbert et Brin	4 — — —	4

et dans *l'aortite chronique*.

Danielopolu	7 cas positifs sur	10
Laubry et Parvu	4 — — —	5
Parachivescu	24 — — —	29
Debove et Trémolières	2 — — —	2
Gilbert et Brin	14 — — —	15

Lederman	13 cas positifs sur 32
Lian et Vernes	1 — — — 9
Moricand	1 — — — 3

Il est à remarquer que chez la plupart de ces malades, la syphilis était ignorée; il n'y avait aucun stigmate de la syphilis que *seule a pu déceler la réaction de Wassermann*.

Dans les cinq observations que nous publions nous-même la réaction de Wassermann a été positive trois fois, 2 fois sur 2 pour l'anévrisme, 1 sur 3 pour l'aortite chronique.

Or les chiffres que nous venons de donner sont au-dessous de la moyenne, car il convient de ne pas oublier qu'il est actuellement certain qu'une *réaction de Wassermann négative* n'implique pas forcément l'absence de syphilis chez un malade.

On trouve dans la littérature médicale un certain nombre de cas d'affections aortiques douloureuses où la syphilis ne pouvait être dépistée, où la réaction de Wassermann était négative et où, malgré tout l'institution d'un traitement spécifique a guéri le malade. (Vaquez et Laubry, Decloux, Moricand).

Nous publions nous-même deux observations de ce genre (Obs. IV et V) dont l'une surtout (IV) nous paraît singulièrement probante.

En présence de phénomènes douloureux aortiques rebelles, il convient donc de ne pas oublier la possibilité d'une syphilis méconnue que rien ne révèle. Il ne faut pas s'arrêter à une réaction de Wassermann négative et savoir tenter *un traitement spécifique d'épreuve*.

Nous ne saurions mieux appuyer cette façon de voir qu'en citant ces lignes de Dieulafoy (1) écrites en 1910 :
« Quand je me trouve en face de lésions organiques dont la cause m'échappe et quand je ne sais à quoi rattacher le mal, *que la réaction de Wassermann soit ou non positive*, je pense à la possibilité d'une syphilis ignorée et en cas de succès je me plais à proclamer une fois de plus la vérité du vieil adage : *natura mor-
torum curationes ostendunt* ».

(1) Dieulafoy. — Etude sur la médiastinite syphilitique (*Presse Médicale*, 30 nov. 1910, n° 96, page 897).

LE TRAITEMENT

On a opposé bien des traitements aux douleurs aortiques. La diversité même des moyens thérapeutiques employés autrefois est une preuve du peu d'efficacité de chacun d'eux.

Les inhalations d'éther et de chloroforme, la faradisation cutanée, l'aimantation à la région précordiale sont aujourd'hui abandonnées.

Le temps n'est pas encore si lointain où l'on ordonnait les ventouses, les sangsues à la région précordiale, l'application de teinture d'iode, de coton iodé, ou encore de glace.

« En général, dit M. Josué (1), il vaut mieux s'abstenir de provoquer des sensations douloureuses au niveau des régions précordiale ou préaortique; l'impression qui persiste attire l'attention du malade sur la région, lui rappelle à chaque instant l'affection dont il souffre; or nous venons de noter que cet état d'esprit est peu favorable ».

Il est actuellement hors de doute qu'il faille recourir au *traitement spécifique* qui a, nous l'avons vu, une

(1) Josué. — *Traité de l'artériosclérose*, p. 390.

remarquable action contre les phénomènes douloureux et angineux.

On discute seulement sur le meilleur médicament à employer : *iodure, mercure ou arsenic*?

1. **L'Iodure de potassium.** — Cette médication a depuis longtemps fait ses preuves. Durosiez pouvait écrire que « l'iodure est aux anévrysmes, ce que la digitale est au cœur. » L'iodure a été employé avec succès dès 1859 par Bouillaud puis par Rendu (1) en 1888.

Huchard a longuement insisté sur les effets remarquables de la médication iodurée.

En 1893 Bureau conclue dans sa thèse sur les aortites : « Le traitement le plus efficace, contre l'aortite chronique, consiste dans l'emploi de la médication iodurée à petite dose et continuée pendant très longtemps. »

Deguy dans sa thèse (1900) mentionne à peine le traitement mercuriel et insiste fréquemment sur le traitement ioduré.

De nos jours même certains auteurs accordent encore la préférence à l'iodure. Tripier (2) signalait dans l'aortite syphilitique l'efficacité de fortes doses d'iodure administrées en lavement.

Queyrat (3) conseille un traitement ioduré intensif

(1) Rendu (H.). — Aortite aiguë guérie par l'iodure de potassium (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1888).

(2) Tripier (Raymond). — Etudes anatomo-cliniques : cœur, vaisseaux, poumons (*Paris, Steinheil*, 1909).

(3) Queyrat. — (*Soc. méd. hôp. de Paris*, 3 mai 1912, p. 532).

(8 à 14 grammes par jour) associé à des frictions mercurielles.

Vaquez et Laubry (1) écrivent : « Il serait injuste d'oublier l'iode et les iodures dans les ressources thérapeutiques. Nous ne pouvons nier l'action remarquable de ce médicament (l'iodure de potassium) dans les affections valvulaires syphilitiques : il renforce celle du traitement spécifique, il la prolonge et même quelquefois il se montre seul efficace. »

2. Le traitement mercuriel a souffert jusqu'à ces dernières années de la très grande vogue de l'iodure. Nombre d'auteurs déniaient aux aortites une origine syphilitique parce que le traitement spécifique n'agissait pas.

Le mode d'administration du mercure (pilules, potions, frictions, doses insuffisantes) en était certainement la cause.

Il est incontestable que le traitement mercuriel agit remarquablement sur l'élément *douleur*. C'est à lui en dernière analyse que s'adressent la plupart des auteurs (Dieulafoy, Cecikas, (2) Hirtz et Braun, Oiggaard, Josué, Vaquez et Laubry).

Bricout conclue dans sa thèse (1912) : « Il nous semble que le cyanure de mercure en injections intraveineuses mérite d'être prescrit, de préférence à toute autre médication ».

Vaquez et Laubry écrivent nettement : « Nous donnons la préférence aux injections intraveineuses de un

(1) Vaquez et Laubry (*loc. cit.*), p. 587.

(2) J. Cecikas (de Bucarest). — Des affections syphilitiques du cœur. (*Revue de médecine*, 1904, p. 921-38).

centigramme de cyanure. Si elles ne peuvent être pratiquées, ou si elles sont mal tolérées, nous leur substituons soit les injections intramusculaires du même sel, soit les injections de 2 centigrammes de bi-iodure. »

Personnellement, *le cyanure de mercure* à la dose de 1 centigramme tous les deux jours, nous a donné contre les douleurs aortiques les meilleurs résultats.

3. Le Salvarsan. — « Quant au Salvarsan, écrit Briquet, il ne semble pas que son emploi se généralise en matière de syphilis cardiaque : il expose à de l'hypotension, à de la tachycardie et aggrave les myocardites (voir Heitz, *Jour. de méd. int.*, 20 fév. 1911) ».

Il a donné de bons résultats néanmoins à Weintraub, Decloux et Gauduchau, Vaquez et Laubry.

La majorité des auteurs semble cependant opposée à l'emploi de l'arséno-benzol. Ehrlich lui-même écrivait : « Il faut renoncer à traiter par le Salvarsan les malades atteints d'aortite, de dégénérescence vasculaire, d'anévrysme de l'aorte. »

Des accidents ont été signalés par Schlesinger, Breitmann, Erich Hoffmann, Vaquez.

Vaquez et Laubry ne conseillent l'arséno-benzol que comme dernière ressource lorsque les résultats du traitement mercuriel ou ioduré ont été « nuls, ou incertains ou passagers. » Et en tout cas ils conseillent de ne pas dépasser la dose de 0 gr. 15 à 0 gr. 20.

Ces auteurs ont étudié parallèlement les deux méthodes (mercure et arséno-benzol). Ils concluent que la méthode *si simple et si sûre* des injections solubles *et surtout des*

injections intraveineuses de cyanure de mercure a égalé les résultats les plus nets du Salvarsan.

Nous avons employé chez nos malades les injections intraveineuses de cyanure de mercure à la dose de 0 gr. 01 tous les deux jours, et qui nous paraissent le traitement de choix.

Il faut, bien entendu, s'assurer de l'état de l'émonctoïre rénal *avant* et *au cours* du traitement.

On peut, dans la plupart des cas, faire une série de douze à quinze injections. Le traitement doit être en effet poursuivi avec persévérance. Il faut savoir que la guérison est rarement définitive et qu'il faudra recourir dans un temps plus ou moins rapproché à une nouvelle série d'injections.

Nous passerons sur la technique des injections intraveineuses. Cette technique, que certains veulent considérer comme délicate et compliquer à plaisir, est en réalité à la portée de tous.

On aura grand soin, au cours du traitement, de l'état de la bouche des malades. On fera brosser les dents plusieurs fois par jour avec une poudre dentifrice; le malade se gargarisera avec une solution de chlorate de potasse.

Ces précautions prennent une importance particulière chez des malades dont la perméabilité rénale peut n'être pas parfaite.

OBSERVATIONS

Observation I.

M. Lav..., 51 ans, boulanger, salle Rabelais, lit n° 20. —
Anévrysme de la crosse de l'aorte.

Cet homme a contracté la syphilis à l'âge de 25 ans. Il déclare avoir été soigné pendant un mois environ au sirop de Gibert. Il ne lui souvient pas d'avoir jamais constaté des accidents secondaires.

Il n'avait jamais été malade quand il fut pris, il y a cinq ans, de douleurs précordiales intenses. Il ressentait au niveau du deuxième espace intercostal gauche des douleurs aiguës, qui duraient quelques secondes et qu'il compare à des pointes de feu. Ces douleurs survenaient plusieurs fois par jour. Il les calmait par des applications chaudes.

Il fut examiné à cette époque à l'hôpital Saint-Maurice où l'on porta le diagnostic de névralgies intercostales.

Un an après il constate l'apparition d'une tuméfaction de la grosseur d'une noix au niveau du premier espace intercostal gauche. Suivant l'avis d'un médecin, il prend alors trois cuillerées à bouche de sirop de Gibert par jour et continue ce traitement pendant trois ans. Pendant cette période il souffre peu.

Depuis un an les douleurs ont augmenté d'intensité. Le malade éprouve des sensations de constriction et d'arrachement très pénibles. Les douleurs préaortiques irradient dans l'aisselle, dans la région sous-scapulaire gauche et dans

le coude gauche. Elles surviennent par crises, durent un quart d'heure environ et sont occasionnées par les efforts et plus spécialement par l'ingestion des aliments.

Depuis quatre mois elles sont de plus en plus fréquentes, surtout la nuit. En outre le malade éprouve de la dysphagie qui va s'accroissant. Il ne peut plus avaler les aliments solides et s'alimente exclusivement avec du lait.

Il entre le 21 juillet 1917 dans le service du Docteur Josué, à la Pitié, dans l'espoir d'une intervention chirurgicale qu'on lui a présentée comme possible.

On constate à la partie supérieure du thorax, immédiatement au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire gauche, l'existence d'une poche anévrysmale animée de battements, dont le diamètre transversal mesure 11 centimètres 1, 2.

A l'auscultation on entend un souffle diastolique aortique.

Les deux pouls radiaux sont synchrones et battent à 56 à la minute.

La dysphagie est extrême ; le malade ne peut déglutir que les aliments liquides. Pas de gêne respiratoire. Aucun autre signe de compression.

Inégalité pupillaire marquée. Signe d'Argyll-Robertson.

Les réflexes tendineux sont normaux.

A l'examen radioscopique on constate l'existence d'une volumineuse ectasie, siégeant sur la portion horizontale de la crosse aortique.

La réaction de Wassermann est faiblement positive.

On commence le 26 juillet une série d'injections intra-veineuses de cyanure de mercure à la dose de 0 gr. 01, tous les deux jours.

Il semble que la tumeur anévrysmale ait diminué de volume. La mensuration de la poche ne donne plus que 11 centimètres à peine.

Les jours suivants les douleurs s'atténuent de plus en plus et le malade déclare ne plus souffrir que rarement. Néan-

moins l'ingestion des aliments solides est toujours impossible.

Après quinze injections le malade n'éprouve plus aucune douleur. Il se considère comme guéri et demande à quitter l'hôpital.

La dysphagie est légèrement atténuée. La tumeur anévrismale paraît avoir diminué de volume. Mais ces symptômes sont en réalité peu modifiés.

Seules les douleurs aortiques ont complètement cédé au traitement mercuriel.

Nous n'avons pas revu ce malade.

Observation II.

Mme Rig..., âgée de 47 ans entre le 16 août 1916 dans le service du Docteur Josué, à la Pitié. Elle a constaté depuis le 15 mai l'apparition, au niveau du deuxième espace intercostal droit, d'une tuméfaction animée de battements, et du volume d'un œuf de pigeon.

Elle se plaint à son entrée de dyspnée d'effort. Mais surtout elle accuse des douleurs précordiales intenses avec irradiations dans l'épaule droite et dans la région sous-scapulaire. Ces douleurs sont continues mais augmentent d'intensité vers 6 heures du soir et réveillent la malade plusieurs fois durant la nuit.

La malade compare ses douleurs à une sensation de constriction accompagnée d'angoisse.

L'examen ortho-radioscopique révèle l'existence d'une volumineuse poche anévrismale siégeant au niveau de la crosse aortique.

La réaction de Wassermann est positive, en l'absence de tout antécédent spécifique connu de la malade. Il n'y a aucun stigmate de syphilis.

On institue le traitement spécifique. Après trois injections intra-veineuses de cyanure de mercure, à la dose de 0 gr. 01 par injection, l'état des veines interdit de continuer ce traitement. On poursuit des injections intra-musculaires de biiodure de mercure à la dose de 0 gr. 02 tous les deux jours. Après une série de dix injections les douleurs aortiques ont disparu mais au bout de peu de temps réapparaissent à l'occasion des efforts.

Cette malade reçoit 5 séries de 15 injections de 0 gr. 02 de biiodure de mercure. Après chaque série les douleurs avaient complètement disparu. Elles réapparurent néanmoins quoique atténuées dès qu'on cessait le traitement pendant quelque temps. Il ne fallut pas moins de 5 séries de 15 piqûres pour obtenir un résultat définitif.

La malade quitte l'hôpital en février 1917. Les douleurs aortiques ont complètement disparu; seule la dyspnée d'effort persiste.

Nous avons revu cette malade en août 1917. Elle avait pris dans l'intervalle sur le conseil de son médecin du sirop de Gibert pendant deux mois. Les douleurs qu'elle ressentait ne l'ont jamais fait souffrir depuis qu'elle a quitté l'hôpital.

Observation III.

M. Pag..., 45 ans, employé de bureau.

Ce malade ressent pour la première fois en août 1914 une douleur en barre au dessous du mamelon gauche. Cette sensation douloureuse survient principalement à l'occasion des efforts.

Ce n'est qu'en septembre 1915 que les douleurs deviennent nettement pénibles, siégeant en avant de l'aorte et irradiant dans les membres supérieurs. Le malade vient alors à la consultation de M. le Docteur Josué qui le soumet à un traitement ioduré.

Il suit ce traitement pendant cinq mois sans bénéfice. Les douleurs deviennent plus fréquentes et plus pénibles nécessitant des inhalations de nitrite d'amyle.

En avril 1916 on pratique la réaction de Wassermann qui est nettement *positive*. Le malade ignore l'existence d'une syphilis.

On institue un traitement et le malade reçoit dix injections de 0 gr. 02 de biiodure de mercure.

En mai 1916 le malade peut recommencer à travailler, mais les douleurs persistent quoique moins intenses.

En août 1916 les douleurs reprennent plus violentes et le Docteur Josué fait pratiquer des injections intraveineuses de néosalvarsan à la dose de 0 gr. 15. Le malade reçoit 4 injections à raison de une par semaine.

Il n'éprouve aucune amélioration.

Le 3 octobre il fait une crise douloureuse très violente qui ne cède pas même à la morphine et qui dure de 8 heures du soir à 4 heures du matin. Il entre alors dans le service du Docteur Josué à la Pitié.

On le soumet au traitement mercuriel. Il reçoit tous les deux jours une injection intraveineuse de 0 gr. 01 de cyanure de mercure.

Du 9 octobre 1916 au 15 novembre 1916 le malade reçoit quinze de ces injections. Dès la 6^e les douleurs avaient disparu. On le laisse cinq semaines sans traitement, et il reçoit une nouvelle série de quinze injections qui le conduisent sans douleurs jusqu'en janvier 1917.

Il quitte l'hôpital le 18 février 1917.

Nous avons revu ce malade en juillet 1917. Il vint spontanément demander une nouvelle série de piqûres, non qu'il souffrit mais par mesure de précaution.

Depuis février nous dit-il, il n'a pas souffert. Il marche mieux, plus longtemps, sans être obligé de s'arrêter comme autrefois pour faire passer ses douleurs.

Il s'exprime en ces termes : « Je ne souffre plus désor-

mais; je fais tous les jours mes 7 à 8 kilomètres sur les forts et cependant il y a à monter et à descendre. Je les parcours facilement, sans difficultés et sans souffrances ».

Observation IV.

Le Dr B... vient consulter le Dr Josué en juin 1917 pour des douleurs précordiales qui revêtent les caractères de l'angine de poitrine.

Le malade ressent d'une façon constante une gêne respiratoire marquée à l'occasion des efforts, avec une sensation de poids sur la région précordiale. Il a présenté à plusieurs reprises des crises douloureuses angoissantes avec irradiations dans le cou et dans le bras gauche.

Ces douleurs ont résisté jusque là à toutes les médications. Le malade qui a commencé sa médecine à 18 ans affirme n'avoir jamais constaté aucun accident syphilitique : *la réaction de Wassermann est négative*. La radioscopie montre une aorte normale. On lui persuade néanmoins d'accepter un traitement spécifique d'épreuve.

On pratique tous les deux jours une injection intra-veineuse de 0 gr. 01 de cyanure de mercure. Cinq injections restent sans résultat. A partir de la 7^e le Dr B... déclare que les sensations d'oppression et de constriction diminuent. Il peut monter, dit-il, les escaliers du métropolitain sans être comme les jours précédents obligé de s'arrêter à mi-chemin pour laisser passer une crise douloureuse. Le mieux persiste et s'affirme. Après douze injections le malade quitte le service en août 1917. Il n'a pas souffert depuis et a pu reprendre ses fonctions militaires interrompues par ses crises de douleurs aortiques.

Observation V.

M. Pr... 50 ans, journaliste.

Entre dans le service du Dr Josué, salle Rabelais, n° 1, pour des crises d'angor pectoris, au cours d'une insuffisance aortique.

Le malade nie la syphilis. *Le Wassermann est négatif.* L'orthoradioscopie ne montre pas de dilatation aortique.

Après quinze injections intraveineuses de 0 gr. 01 de cyanure de mercure, le malade quitte l'hôpital, ne présentant plus ni oppression, ni douleurs. Il peut reprendre des occupations qu'il avait dû interrompre depuis trois mois.

Nous ne l'avons pas revu.

CONCLUSIONS

1. Les affections de l'aorte sont dans la très grande majorité des cas de nature syphilitique.

2. Les phénomènes douloureux et angineux qui les accompagnent cèdent particulièrement au traitement spécifique.

3. Le traitement spécifique paraît agir contre les douleurs aortiques en s'adressant aux lésions de péricardite syphilitique.

4. La réaction de Wassermann permet d'affirmer la nature syphilitique d'un grand nombre d'affections aortiques. La constatation d'une réaction négative ne permet pas d'éliminer la syphilis et ne doit pas empêcher l'institution d'un traitement spécifique d'épreuve.

5. Le traitement consistera en injections intraveineuses de 1 centigramme de cyanure de mercure pratiquées tous les deux jours. On fera une série de 12 à 15 injections que l'on renouvellera ultérieurement s'il est nécessaire.

On complètera l'action du mercure par la médication iodurée.

Il semble que l'arséno-benzol ne doive être employé qu'en dernière analyse, avec prudence et à petites doses.

Vu : le Président,

ACHARD

Vu : le Doyen,

ROGER

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

BIBLIOGRAPHIE (1)

Babonneix et Baron. — Compression du tronc veineux brachio-céphalique droit chez une malade atteinte d'anévrisme de la crosse de l'aorte (*Gaz. des hôp.*, 1912, p. 157-159).

Barié. — *Traité des maladies du cœur et de l'aorte* (Paris, 1912, Vigot).

Barjon. — Diagnostic différentiel des anévrysmes de l'aorte et des tumeurs du médiastin (*Paris médical*, 6 janv. 1912, n° 6, p. 144).

Boinet (E.) — Maladies de l'aorte, in Brouardel et Gilbert, t. XXIV (*Baillière et fils*, 1907).

Bricout (Camille). — Syphilis du cœur (étude particulière de l'insuffisance aortique syphilitique, des formes arythmiques et curables.) (*Thèse de Paris*, 1912, A. Leclerc).

Bureau (M.). — Étude sur les aortites (*Thèse de Paris*, 1893).

Cecikas (J.). — Des affections syphilitiques du cœur (*R. de médecine*, 1904, p. 921).

Citron (J.). — Insuffisance aortique et Syphilis (*Berlin. kl. Woch.*, 3 nov. 1908, n° 48).

Daniélopou. — Séro réaction de la syphilis dans les affections de l'aorte et des artères (*Soc. Biol.*, 17 mai 1908).

Debove et F. Trémolières. — Aortite chronique et syphilis (*J. méd. français*, 15 avr. 1910, p. 158).

(1). Nous ne pouvons donner ici la très longue bibliographie relative à la syphilis de l'aorte. On la trouvera dans les thèses de Bureau, Deguy, Bricout, Moricand. Nous nous bornons à la bibliographie des ouvrages et articles ayant trait particulièrement à notre sujet.

Decloux et Gauduchau. — Ectasie aortique et Salvarsan (*Soc. méd. des hôp. de Paris*, 3 mai 1912, p. 529).

Deguy (M.). — Le cœur et l'aorte des syphilitiques (*Thèse de Paris*, 1900, Baillière et fils).

Delsouiller (A.). — De la syphilis dans ses rapports avec les anévrysmes de l'aorte et de l'intérêt que présente la réaction de Wassermann au cours de ces anévrysmes (*Thèse de Paris*, 1912, Jouve).

Dieulafoy. — Les lésions syphilitiques de l'aorte (*Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1896-97. Paris, Masson. édit., 1898).

— Étude sur la médiastinite syphilitique (*Presse médicale*, 30 nov. 1910, n° 96, p. 897).

Étienne. — Des anévrysmes dans leurs rapports avec la syphilis (*Ann. de dermat. et de syphil.*, 1897, n° 1).

— Aortites syphilitiques in *Traité de la syphilis* de Fournier.

Fournier. — *Traité de la syphilis.*

Gaucher et Brin. — L'aortite chronique de la syphilis acquise (*Ann. des mal. vénér.*, 1914, n° 2).

Gilbert et Brin. — Réaction de Wassermann et lésions de l'aorte (*Paris médical*, 25 oct. 1913. n° 47, p. 461).

Goldscheider. — Sur les affections syphilitiques de l'aorte (*Mediz. klin.*, 1912, n° 12, p. 471-475).

Hallopeau (H.). — Sur l'angine de poitrine d'origine syphilitique (*Ann. de dermat. et de syphil.*, t. VIII, 25 déc. 1887, n° 12, p. 747-756).

Hau (Victor). — Anévrysmes latents de la crosse de l'aorte.
— Signes révélateurs (*Thèse de Lyon*, 1903, A. Storck et C^{ie}).

Hirtz et Braun. — Note sur dix cas d'aortite syphilitique (*Soc. méd. des hôp. de Paris*, 31 mars 1911, p. 363).

Huchard. — *Traité des maladies du cœur et de l'aorte.*

— *Consultations médicales.*

— Caractères cliniques des douleurs anévrysmatiques

(*Soc. médic. des hôp. de Paris*, 16 févr. 1900, p. 170).

— *Soc. médic. des hôp. de Paris*, 1887, (p. 159 et 199).

Josué (O.). — *Traité de l'artério-sclérose*, Paris, 1909. Baillière et fils.

Josué et Paillard. — *Maladies de l'appareil circulatoire in Bibliothèque du doctorat en médecine Gilbert et Fournier.* Baillière et fils.

Krefting (R.). — La signification clinique de la réaction de Wassermann (*Paris médical*, 27 avr. 1912, n° 22, p. 523).

Laubry et Parvu. — La réaction de Wassermann au cours de quelques affections cardio-vasculaires (*Soc. Biol.*, 3 juillet 1909).

Letulle. — *Des résultats de la réaction de Wassermann dans les manifestations viscérales de la syphilis mécon nue.* In-8°, Paris, Vigot édit.

Lian et Baron. — Les médiastinites chroniques (*Paris médical*, 16 nov. 1912, p. 577).

— Les médiastinites syphilitiques (*Progrès médical*, 9 et 16 nov. 1912).

Milanoff. — Étude de la douleur et de quelques autres symptômes de l'anévrysme de l'aorte descendante (*Thèse de Paris*, 1899-1900).

Moricand (Ivan). — Contribution à l'étude de la réaction de Wassermann chez les aortiques (*Thèse de Paris*, 1914, Baillière et fils).

Oigaard. — Réaction de Wassermann dans les maladies du cœur et des vaisseaux (*Arch. mal. du cœur, des vaisseaux et du sang*, août 1910, p. 478-483).

Parachivescu. — Recherches sur l'origine syphilitique des affections de l'aorte (*Thèse de Bucarest*, 1910).

Piatot. — Diagnostic étiologique précoce des affections artérielles, rôle capital de la syphilis (*Paris médical*, 25 mai 1912, n° 26, p. 631).

Rumpf. — *Die syphil. Erkrankh. des nervensystemes*, 1877.

Sergent. — *Syphilis et Tuberculose*, Paris, 1907, Masson édit.

— La médiastinite syphilitique considérée dans ses rapports avec l'anévrisme de l'aorte (*Presse médicale*, 3 juillet 1912, p. 569-71).

Sébillotte (J.). — Contribution à l'étude des médiastinites chroniques (*Thèse de Paris*, 1912-13, J. Rousset).

Thiroloux et Miginiac. — Cardiopathie syphilitique (*Soc. méd. des hôp. de Paris*, 10 juin 1910).

Vaguez et Laubry. — Sur le traitement spécifique des aortites syphilitiques et des anévrysmes de l'aorte (*Soc. méd. des hôp. de Paris*, 14 juin 1912, p. 876). — *Idem.* (*Arch. des malad. du cœur*, etc., 1912, p. 561-587). — *Idem.* (*Paris médical*, 2 nov. 1912, n° 49, p. 527).

Verdié. — Anévrysmes syphilitiques de l'aorte (*Thèse de Paris*, 1881).

Vires et Anglada. — Le syndrome de Hogdson (*R. de médecine*, 1909, n° 11, p. 761-776 et n° 12, p. 857-874).

Vitone (Vincenzo). — Un caso d'angino pectoris per syphilide (*Morgagni*, 1886).

— Un secondo caso die nervosi cardiaca per syphilide (*la Terapia moderna*, 1886).

P.-Emile Weill et Ménard. — Anévrysme aortique d'origine rhumatismale (*Soc. med. des hôp. de Paris*, 26 avril 1912, p. 491).

COULOMMIERS
Imprimerie DESSAINT et C^{ie}.
